

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 34

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon (Professeur Voron)

LES ACCOUCHEMENTS PAR LE SIÈGE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
PENDANT LES ANNÉES 1929-1930-1931-1932

Contribution à l'Étude
du Pronostic de l'Accouchement par le Siège

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hubert ROUSSEL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Bactériologie

Né le 26 Décembre 1908, à PARIS (Seine)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

Les accouchements par le siège à la clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon
pendant les années 1929-1930-1931-1932
(Contribution à l'étude du pronostic de l'accouchement
par le siège)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 34

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon (Professeur Voron)

LES ACCOUCHEMENTS PAR LE SIÈGE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
PENDANT LES ANNÉES 1929-1930-1931-1932

Contribution à l'Étude
du Pronostic de l'Accouchement par le Siège

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hubert ROUSSEL

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Bactériologie

Né le 26 Décembre 1908, à PARIS (Seine)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN.
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* : RHENTER, *assesseur*,
BERNHEIM et ÉPARVIER



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE MÉDECIN-GÉNÉRAL ROUSSEL
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous lui exprimons ici notre profonde reconnaissance pour cette marque d'intérêt et pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier pendant le stage effectué dans son service.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET

Nous lui devons le sujet de cette thèse. Ses précieux et bienveillants conseils nous facilitèrent grandement la tâche.

Qu'il veuille bien trouver ici le faible témoignage de notre reconnaissance.

A MES PREMIERS MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX MILITAIRES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Les accouchements par le siège à la clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon
pendant les années 1929-1930-1931-1932
(Contribution à l'étude du pronostic de l'accouchement
par le siège)

Introduction

Au cours des quelques semaines de stage passées à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon, nous avons eu l'occasion, en suivant la visite de M. le Professeur Voron, d'observer les suites d'un certain nombre d'accouchements par le siège et nous avons été surpris de ne constater, non seulement pour la mère, mais même pour le nouveau-né, aucun inconvénient grave à ce mode de présentation ; il n'y eut en effet durant notre stage aucune mort d'enfant au cours du travail, ou dans les suites immédiates.

Ouvrant alors les différents traités cliniques, nous avons été étonné de constater combien l'estimation du pronostic de l'accouchement par le siège variait avec les différents auteurs, et combien étaient différents les taux de mortalité foétale qu'ils indiquaient. Par exemple : Mme Lachapelle, 14 % ; Hégar, 35 % ; Pajot, 14 % ; Necker, 22 % ; Dubos, 9 %.

La plupart de ces chiffres nous ont paru élevés ; en tous cas, plus que ne semblaient le faire prévoir les

faits que nous avons pu observer. Nous avons fait part de notre étonnement à M. le Professeur Voron, celui-ci nous conseilla alors de rechercher à l'aide des observations de son service, si notre impression était exacte, et de faire de cette étude le sujet de notre thèse.

Notre enquête portera sur les années 1929, 1930, 1931, 1932 ; elle aura surtout pour objet l'étude du pronostic de l'accouchement par le siège à l'aide des 152 cas relevés au cours de ces quatre années.

Nous suivrons pour cette étude le plan suivant :

Dans un premier chapitre, nous donnerons sous forme de tableaux un simple relevé des faits observés.

Dans un deuxième chapitre, nous tirerons de ces faits les déductions statistiques qui en résultent.

Dans une troisième partie, nous rechercherons, en comparant nos chiffres à ceux donnés par quelques statistiques récentes, si les faits observés par nous coïncident avec ceux observés par d'autres.

Après nous être fait ainsi une idée de la valeur de notre statistique, nous essayerons d'en dégager quelques enseignements sur le pronostic de l'accouchement par le siège, ainsi que sur la conduite à tenir en pareil cas. Ce sera notre quatrième et dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

Les faits observés

Nous avons groupé nos observations sous forme de tableaux. Il nous a semblé que c'était la manière la plus commode pour les recueillir et la moins fastidieuse pour les lire.

Nous avons éliminé de ces tableaux :

Les accouchements très prématurés, avant huit mois et demi de gestation, d'enfants de poids trop inférieur au poids normal.

Les extractions du siège après version, par manœuvres internes ou manœuvres mixtes.

Les présentations du siège dans les grossesses doubles.

Les fœtus macérés ou monstrueux.

N ^o	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	Posi- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
6	Kyste ovaire. P. R. : 10 %.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	4 h. 50	N.	3.200	N.	N.
81	P. R. : 10 %.	III	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	8 h.	N.	3.100	N.	N.
120	P. R. : sur le bord.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	15 h. 25	N. (Acc ^t prématuré spontané à 8 m. 3/4.	2.760	Déchirure du pé- rinée.	N.
148	P. R. : 6 %.	III	?	S. I. G. A.	16 h. 30	N	3.630	N.	N.
256	P. R. : 10 %.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	14 h. 30	N. (Acc ^t prématuré spontané à 8 m. 2/3	3.000	Déchirure du pé- rinée.	N. N.
285	P. R. : au bord. Versions tentées par manœuvres externes.	II	S. complet.	S. I. G.	13 h.	Abaissement du pied antérieur — 3 cir- culaires.	2.850	N.	N. (Enfant rani- mé après 10.)
286	P. R. : 4 %.	IV	S. déc. m. des fesses.	S. I. D.	7 h. 30	N.	2.580	N.	N.
287	P. R. : 6 %.	V	S. déc. m. des fesses.	S. I. D.	7. h 20	N.	4.020	N.	N.
298	P. R. : 4 %.	IV	S. déc. m. des fesses.	S. I. D. P.	6 h. 15	N.	2.860	Rhum artic. aigu.	N.
310	P. R. : 5 %.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	2 h.	N.	3.550	N.	N.
336	P. R. : 8 %.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	14 h.	N.	3.250	N.	N.

342	P. R. : 8‰.	IV	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.	13 h. 30	Abaissement du pied antérieur. Extrac-tion immédiate.	3.000	N.	N.
369	P. R. : 2‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	12 h. 15	N.	3.020	Déchirure du pé-rinée.	Mort. 1 h. 45 ap-acc ^t . (Hémorragie mé-ningée de l'é-tage post. + hémopéricarde, suite d'injection d'adrénaline.
396	P. R. : 5‰. 2 acc. antér. au siège.	III	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.A.	4 h. 30	N. (Acc ^t prématuré spontané à 8 m. 3/4.	2.850	N.	N.
423	P. R. : au centre.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	23 h. 15	N.	2.730	N.	N.
475	P. R. : 15‰.	III	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.	2 h. 15	N.	3.570	N.	N.
495	P. R. : 6‰. Version tentée.	I	?	S.I.G.A.	5 h.	N. (Acc ^t prématuré spontané à 8 mois).	2.370	N.	N.
505	P. R. : au bord.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	5 h. 40	N. (Acc ^t prématuré spontané à 8 m. 2/3.	2.880	N.	N.
541	P. R. : 3‰. 1 acc ^t antér. en siège Tentatives de version.	II	S. complet.	S.I.G.A.	12 h. 30	Procidence du cor-don.	3.250	N.	N. (ranimé après 5')
543	P. R. : 1‰.	II	S. complet.	S.I.G.P.	4 h.	N.	3.300	N.	N.

N°	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	POSI- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	oids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
671	P. R. : 5% (bas- sin aplati de 9% _m de D. U.	IV	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	21 h. 10	Acc ^t provoqué à ter- me. Abaissement pied antérieur et ex- traction immédiate.	3.900	N.	N. (Né étonné).
673	P. R. : 5%.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	8 h. 45	N.	2.970	N.	N.
678	P. R. : 2% _m . 1 acc ^t antérieur en pré- sentation de l'é- paule. Sacrum ra- chitique.	IV	S. déc. m. des pieds.	S.I.G.	26 h. 05	N.	3.380	N.	N.
690	P. R. : 6%.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	11 h. 30	N. Prématuré.	2.340	Déchirure du pé- rinée.	Crises convulsives P.L. : 4% _s li- quide très hé- morrhagique.
716	P. R. : au bord. Version tentée.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	23 h.	Dilatation manuelle. Abaissement pied antérieur. Extrac- tion du siège. Dif- ficultés, tête derniè- re. (Mauriceau- Champetier de Ri- bes).	2.170	Déchirure du pé- rinée.	Mort. + fracture ma- xillaire infér).
719		III	?	S.I.G.P.	10 h. 20	N. (1 circulaire).	4.300	N.	N.

778	P. R. : 6‰.	VI	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	16 h. 20	Abaissement du pied antérieur.	4.300	N.	Au 2 ^e jour : cyanose. B. W.
828		I	?	?	?	?	2.400	N.	N.
857	P. R. : 4‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	3 h.	Sous anesthésie : abaissement pied antérieur. Bras relevés, abaissement. Morceau difficile.	2.550	Déchirure du périnée.	N. (Né étonné).
900	P. R. : 10‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	16 h. 15	N.	2.830	Déchirure du périnée.	N.
905	P. R. : 9‰.	II	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	26 h. 10	N. (Acc ^t prématuré spontané).	2.200	N.	N.
930	P. R. : 10 cm.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	63 h.	Tentative de forceps. Abaissement pied antérieur. Difficultés tête dernière.	3.440	N.	N. (Né étonné. ranimé après 15.)
974	P. R. : 12‰.	V	S. déc. m. des pieds.	S.I.D.	11 h.	Diffic. tête dernière.	3.650	N.	N.
1004	P. R. : 3‰. Tentatives de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	36 h. 20	Anesthésie générale. Dilatation manuelle. Abaissement pied antér. Difficultés dégagem. des bras.	4.050	Déchirure du périnée. Température sub-fébrile pendant 8 jours.	N. (Né étonné).
1171	P. R. : 10‰.	I	?	?	11 h.	N.	3.220	Déchirure du périnée.	N.

N ^o	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	POSI- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
1	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$.	I	S. complet.	S.I.G.A.	8 h. 50	Procidence du cordon	3.500	N.	N.
22	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$. Tenta- tive de version. Scoliose.	V	?	S.I.G.A.	18 h. 35	N.	3.030	N.	N.
53	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$. Tenta- tives de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	12 h. 30	N.	3.150	Déchirure du pé- rinée.	N.
66	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	15 h. 35	N.	3.370	Déchirure du pé- rinée.	N.
120	P. R. : 3 $\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.	18 h. 40	Tentat. de forceps. Abaissem ^t d'un pied craniotomie s. tête dernière.	4.100	Déchirure du pé- rinée. Suites de couches fébriles.	Mort.
165	P. R. : 7 $\frac{1}{m}$. Tenta- tives de version.	I	S. déc. m. des pieds.	?	14 h. 55	N. (circulaires).	3.000	N.	N.
223	P. R. : 7 $\frac{1}{m}$. Tenta- tives de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	9 h. 30	N.	2.630	Suites de couches sub-fébriles.	N.
235	P. R. : au bord.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	11 h. 15	Acc ^t laborieux. Trac- tions inguinales sur siège engagé.	3.250	Déchirure du pé- rinée.	N.
253	P. R. : 2 $\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	25 h.	Tentatif. de forceps. Abaissem ^t pied ant. Abaissem ^t des bras. Champet. de Ribes.	3.400	N.	Mort.

271 P. R. : 8‰.	I	?	S. I. G. A.	35 h. 10	N.	2.500	N.	N. (cyanose-coryza-syp.).
347 P. R. : 4‰. Tentatives de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. P.	24 h. 55	N.	3.120	Déchirure du périnée.	N.
422 P. R. : 4‰.	I	S. complet.	S. I. G.	8 h. 15	N.	2.150	N.	N.
468 P. R. : 5‰.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	4 h.	N.	2.750	N.	N.
537 P. R. : 5‰. Bassin généré rétréci de 9‰ de D.U. 1 acc ^t ant. en siège.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. D. P.	8 h.	N.	3.020	N.	N.
577 P. R. : 10‰. Ant. rachitiques. Bassin de 9‰ de DU	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	11 h. 45	N.	2.800	Déchure du périnée.	N.
597 P. R. : 7‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	8 h. 10	N.	3.130	Déchirure du périnée.	N.
701 P. R. : au bord.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	25 h. 15	Rupture prématurée membranes (17 j. av. accouch.) Gde extract. du siège.	3.400	Déchirure du périnée. Suites subfébriles.	N. (Né étonné).
722 P. R. : 8‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. D. P.	14 h. 10	N.	2.900	Déchirure du périnée.	N.
732 P. R. : 12‰.	I	?	S. I. D. P.	9 h. 30	N. (Acc ^t prématuré spontané à 8 m. 2/3.	3.060	N.	N.
752 P. R. : 7‰. Tentatives version.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	32 h.	Grende extraction du siège.	2.580	N.	N. (Né étonné).

N ^o	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	Posi- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
773	P. R. : 4 $\frac{1}{m}$. Tent. de version. Anté- cédents. Tub.	II	S. complet.	?	5 h.	N.	4.300	N.	N.
807	P. R. : 4 $\frac{1}{m}$. Opérée d'un fibrome en 1921.	II	S. complet.	?	15 h. 15	N.	3.350	N.	N.
822	P. R. : 10 $\frac{1}{m}$.	II	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	15 h.	Abaisse ^t prophylac- tique membre infé- rieur droit.	3.910	N.	N.
839	P. R. : 4 $\frac{1}{m}$.	I	S. déc.	S.I.D.	6 h.	N.	2.280	N.	N.
856	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$.	VII	S. déc. m. des pieds.	?	7 h. 21	N.	3.050	N.	N.
877	P. R. 6 $\frac{1}{m}$ Tent. de version.	I	?	?	26 h.	N.	3.250	N.	N. (Né étonné).
895		I	S. déc. m. des fesses.	?	34 h.	Grande extraction du siège.	3.550	Déchirure compl. du périnée inté- ressant le sphinc- ter. Suites sub- fébriles.	N.
923	P. R. : au centre.	I	S. complet.	?	17 h. 10	N.	2.030	N.	N. (Mœlena au 3 ^e jour.
975	6 accouch. antér. en siège.	IX	?	S.I.G.A.	8 h. 30	Délivrance artifi- cielle.	3.350	N.	N.

1037	P. R. : $2\frac{1}{m}$. 2 Acc. antér. en siège.	III	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	5 h.	N.	2.800	Déchirure du périnée.	N.
1084	P. R. : $7\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	51 h. 10	Abaissem ^t d'un pied. Extract. à dilatation complète.	3.910	N.	N.
1096	P. R. : $8\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des genoux	?	29 h. 10	Abaissem ^t prophylactique du pied antérieur.	3.400	N.	N. (Né étonné).
1153	P. R. : $6\frac{1}{m}$.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. D. P.	4 h. 35	N.	2.830	N.	N. (Né étonné).
1210	P. R. : $4\frac{1}{m}$. Tent. de version.	I	S. complet.	S. I. G. A.	12 h. 10	Difficultés tête dernière.	3.370	N.	N. (Né étonné).
1261	P. R. : au bord. Tent. de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. D.	32 h. 30	Abaissem ^t pied ant. puis post., grande extraction du siège.	4.480	Déchirure du périnée.	N. (Né étonné).
1264	P. R. : $2\frac{1}{m}$.	IV	S. complet.	S. I. G.	15 h. 20	Procidence du cordon.	3.370	N.	N.
1282	P. R. : $6\frac{1}{m}$.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	10 h. 05	N.	3.440	N.	N.
1299	P. R. : au bord.	I	S. complet.	S. I. G. A.	20 h. 30	N.	3.900	N.	N.
1376	P. R. : $10\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	14 h. 30	N.	3.500	N.	N. (Né étonné).

N°	CAUSE	PARRITÉ	NATURE DU SIÈGE	POSITION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHEMENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
47	P. R. : 6‰.	II	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	16 h. 20	N.	3.300	N.	N.
88	P. R. : au bord. 1 acc°t antérieur en siège.	II	S. déc. m. des pieds.	?	13 h. 15	Abaissement des deux pieds.	3.680	N.	N.
175	P. R. : 10‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	20 h. 45	N.	2.560	N.	N.
266	P. R. : 10‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	10 h. 35	N.	2.650	Déchirure du pé- rinée.	N.
309		I	S. déc. m. des fesses.	?	?	Délivrance artifi- cielle.	3.250	Déchirure du pé- rinée.	N.
388	P. R. : au bord.	V	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	8 h. 10	N.	3.330	N.	N.
433	P. R. : 15‰.	I	?	S.I.G.	35 h. 15	Abaissement prophylactique pied post. ? Difficultés tête d'en- fance.	2.320	N.	Mort (au bout de 7 h., n'a pu être ranimé).
472	P. R. : 3‰.	III	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	10 h. 30	N.	3.180	N.	N.
475	P. R. : 3‰. Tent. de version.	IV	S. complet.	S.I.G.	5 h. 30	N. (circulaires).	3.330	N.	N.
487	P. R. : 4‰. Bassin aplati et génit. ré- tréci de 9‰ de D. U.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	11 h.	N.	3.000	N.	N. (Né étonné).

488	P. R. : 8 $\frac{\circ}{m}$.	I	S. complet.	S. I. G. A.	21 h. 50	N.	2.430	N.	N. (Couvreuse).
526	1 accouchement antérieur en siège.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. D. P.	39 h.	Abaissem ^t prophylactique pied ant. Rétraction utérine. Difficultés tête dernière. (Champetier de Ribes).	3.420	Fébrile.	Mort.
569	P. R. : 5 $\frac{\circ}{m}$.	I	S. complet.	?	6 h.	N.	2.930	Déchirure du périnée.	N.
613	P. R. : 8 $\frac{\circ}{m}$. 1 acc ^t antér. en siège. Mort-né.	IV	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	16 h. 20	N.	3.130	N.	N.
625	P. R. : au bord. Cordon court : 28 $\frac{\circ}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	63 h.	Abaissem ^t prophylactique pied ant. Difficultés extract. de siège et du tronc. Pas d'anse au cordon. Craniotomie s. tête dernière.	2.600	N.	Mort.
649	P. R. : 4 $\frac{\circ}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	17 h. 20	N.	3.650	N.	N.
650	P. R. : au bord. Tent. de version.	III	S. complet.	S. I. D.	3 h. 35	N.	3.230	N.	N.
707	P. R. : 13 $\frac{\circ}{m}$. Tentatives de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.		Abaissem ^t prophylactique pied ant. Bras relevés. Champetier de Ribes.	2.850	N.	Quelques crises convulsives.

N ^o	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	POSI- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
749	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$. Tent. de version. Arc. ant. de rayon re- dressé.	I	S. complet.	S.I.G.A.	19 h.	N.	3.000	Déchirure du pé- rinée.	N.
783	P. R. : au bord. Placenta prævia.	IX	S. complet.	S.I.G.	16 h. 50	Abaissem ^t des pieds. Hémorragie de 1.200 gr. pendant le travail.	3.570	N.	N.
793	P. R. : 5 $\frac{1}{m}$.	II	S. déc. m. des pieds.	S.I.G.A.	5 h. 40	N.	2.220	Déchirure du pé- rinée.	N.
796	P. R. : 4 $\frac{1}{m}$.	I	S. complet.	S.I.G.A.	5 h. 45	N.	2.760	N. (complications intestinales).	N.
813	P. R. : au bord. placenta prævia.	II	?	S.I.G.A.	3 h. 20	N.	2.600	N.	
834	P. R. : 5 $\frac{1}{m}$.	I	S. complet.	S.I.G.	19 h.	N.	2.500	Déchirure du pé- rinée.	Mort (40, après extraction). Hé- morr. méningée.
846	P. R. : 2 $\frac{1}{m}$.	III	?	S.I.G.	4 h. 45	N.	2.250	N.	N. (Né étonné).
909		V	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	20 h.	Grande extraction du siège.	5.420	N.	N. (Né étonné).

1005	P. R. : $2\frac{1}{m}$. 1 acc ^t antér. en siège.	II	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	12 h.	Délivrance cicelle.	artifi-	3.400	N.	N.
1016	P. R. : $12\frac{1}{m}$. Ten- tatives de ver- sion.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	8 h.	Abaissem ^t du pied. antér. et extraction immédiate du fœtus		3.980	Déchirure du pé- rinée.	N.
1031	P. R. : au centre.	VI	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	2 h. 30		N.	2.400	N.	N.
1062	P. R. : $10\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	?	18 h. 45	Abaissem ^t du pied ant. Grande extrac- tion du siège.		4.030	Déchirure du pé- rinée.	N. (né étonné).
1073	P. R. : $6\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	33 h. 20	Inertie utérine. Gr. extract. du siège.		2.800	Suites de couches sub-fébriles.	Mort. Hémorra- gie méningée.
1123	P. R. : $5\frac{1}{m}$.	III	?	S.I.G.A.	13 h. 40		N.	3.620	N.	Quelques convul- sions après la naissance.
1180	P. R. : $13\frac{1}{m}$. 2 acc. ant. au siège.	III	?	S.I.D.P.	6 h.		N.	3.030	N.	N.
1200	P. R. : $10\frac{1}{m}$.	II	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	17 h. 10		N.	3.500	N.	N.
1205	P. R. : $10\frac{1}{m}$.	I	?	S.I.D.	5 h. 30		N.	2.830	N.	N.

N ^o	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	Posi- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
36	P. R. : 10‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	18 h.	N.	3.080	N.	N.
137	P. R. : 3‰.	II	S. déc. m. des fesses.	?	3 h.	N.	3.050	Déchirure du pé- rinée.	N.
149	P. R. : au bord. Bassin un peu gé- néralement ré- tréci.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	14 h. 15	Gr. extraction du siège Abaissem ^t des bras. (Champetier de Ribes).	3.450	Déchirure du pé- rinée.	N. (Né étonné).
168	P. R. : 6‰.	III	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	5 h. 45	N.	3.560	Déchirure du pé- rinée.	N.
174	P. R. : 7‰. Bas- sin aplati et gé- néralement rétréci de 9‰ de D. U.	I	S. complet.	S. I. G.	32 h.	Grande extraction du siège.	2.240	N.	N. (Né étonné).
182	P. R. : 7‰. Ablat- ion d'un kyste ovaire au 3 ^e mois de la grossesse.	III	S. déc. m. des fesses.	?	11 h.	N.	3.400	N.	N.
218	P. R. : 4‰.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	6 h. 45	Difficultés tête der- nière.	3.920	N.	Mort au 3 ^e jour. Hémorragie mé- ningée (crises de contracture).

248	P. R. : 5‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	14 h.	Grande extraction du siège. Difficultés tête dernière.	3.150	Déchirure du périnée.	N. (Né étonné).
263	P. R. : au bord.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	20 h. 30	Grande extraction du siège.	4.450	Déchirure du périnée.	N. (Né étonné).
286	P. R. : 7‰. Bour-relet rétro-sym-physaire.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.	18 h. 45	N.	3.430	N.	N.
313	P. R. : 6‰.	I	?	?	15 h.	N.	3.800	Déchirure du périnée.	N.
322	P. R. : 7‰.	I	S. complet.	S.I.G.A.	12 h. 40	Grande extraction du siège.	4.300	Déchirure du périnée. Thrombus vulvo vaginal. Infection puer-puérale (28 j.).	N.
375	P. R. : 7‰.	II	S. complet.	S.I.G.	6 h. 55	Procidence du cor-don. Reposition. Mort du fœtus <i>in utero</i> .	3.070	N.	Mort.
408	P. R. : 5‰.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.	11 h. 15	N.	3.450	N.	Au 3 ^e jour, ictère foncé. Splénomé-galie. Traitement syp.
491	P. R. : 8‰.	IV	S. déc. m. des fesses.	?	21 h. 20	N.	2.100	N.	Né étonné. Dé-bile. Trait ^t syp.
507	P. R. : 4‰.	I	S. complet.	S.I.G.A.	23 h. 50	Difficultés tête der-nière.	4.400	Déchirure du périnée.	Mort (le cœur a battu 1 h. 25).

N°	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	Posi- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
554	P. R. : 10 $\frac{\%}{m}$.	I	S. complet.	S. I. G. A.	14 h. 15	N.	2.550	N.	N. (Né étonné).
571	P. R. : 4 $\frac{\%}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	16 h. 45	N.	2.800	Déchirure du pé- rinée.	N.
643	P. R. : 8 $\frac{\%}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	15 h. 15	Accouché prématuré, spontané à 8 mois. Traction par plus inguinaux. Difficul- tés dégagés des bras.	2.690	N.	Mort (10' après accouchement).
649	P. R. : 6 $\frac{\%}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	13 h. 10	N.	3.500	N.	N.
652	P. R. : 4 $\frac{\%}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G. A.	11 h. 10	N.	2.670	N.	N.
666	P. R. : 5 $\frac{\%}{m}$.	I	S. complet.	S. I. G.	12 h. 10	Grande extraction du siège. Latérocidence du cordon.	3.400	Déchirure du pé- rinée.	Fracture diaphyse humérale gauche
671	P. R. : 12 $\frac{\%}{m}$.	II	S. déc. m. des fesses.	S. I. D. P.	4 h. 30	N.	3.600	N.	N.
696	P. R. : au bord. 2 acc. antérieurs en siège.	III	S. complet.	S. I. G.	3 h. 15	N.	4.200	N.	N.
716	P. R. : 14 $\frac{\%}{m}$.	II	S. complet.	S. I. G. A.	6 h.	N.	3.150	N.	N.
740	Placenta margi- nal.	I	S. déc. m. des fesses.	S. I. G.	24 h.	Grande extraction du siège. Forceps sur tête dernière. Déli- vrance artificielle.	2.600	N.	N. (Né étonné).

745	P. R. : 5 $\frac{1}{m}$.	I	?	?	?	N.	3.500	N.	N.
794	P. R. : 12 $\frac{1}{m}$. Tentatives de vers.	IV	?	S.I.G.	3 h.	N.	3.800	Déchirure du pénée.	N.
804	P. R. : 9 $\frac{1}{m}$.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	18 h.	Grande extraction du siège à la suite d'inertie utérine.	3.300	N.	N. (Né étonné).
866	P. R. : 8 $\frac{1}{m}$. Tent. de version.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	16 h. 20	N.	3.500	Déchirure du pénée.	N.
919	P. R. : au bord. Bassin aplati et généralement rétréci de 9 $\frac{1}{m}$ de D.U.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.		Abaissement du pied antér., puis extraction du siège.	3.600	Déchirure du pénée.	N.
920	P. R. : 2 $\frac{1}{m}$. 1 acc. ant. en siège. Placentaria pœvia marginal.	VI	S. complet.	S.I.G.A.	16 h. 5	Abaissement du pied antérieur.	3.000	N.	N.
938	P. R. : 2 $\frac{1}{m}$.	II	?	S.I.D.P.	8 h. 25	N.	2.730	N.	N.
962	P. R. : 2 $\frac{1}{m}$. Tent. de version.	VI	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	26 h. 40	Accouchement prématuré spontané.	2.250	N.	N.
984	P. R. : 4 $\frac{1}{m}$.	V	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	10 h. 15	N.	3.380	N.	N.
1075	P. R. : 2 $\frac{1}{m}$. Bassin aplati et généralement rétréci de 9 $\frac{1}{m}$ de D.U.	II	?	S.I.G.	8 h. 45	Difficultés de tête dernière. (Champetier de Ribes).	3.500	Déchirure du pénée.	N.

N°	CAUSE	PA- RITÉ	NATURE DU SIÈGE	POSI- TION	DURÉE	MODE D'ACCOUCHE- MENT ET MARCHÉ	Poids de l'enfant	SUITES POUR MÈRE	SUITES POUR ENFANT
1144	P. R. : au bord.	II	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.	19 h. 40	Grande extraction du siège. Relèvement des bras (Champebier de Ribes).	4.030	Déchirure du pé- rinée.	Né flasque. Para- lysie bilatérale d. plexus brachial, type supérieur.
1147	P. R. : 3%. Bas- sin aplati et gé- néralm ^t rétréci d'o 8 5/10 de D.U.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	17 h.	Accouchem ^t préma- turé spontané.	2.500	N.	N.
1152	P. R. : 8 5/10.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	5 h. 15	Grande extraction du siège aidée par épi- siotomie latérale.	2.850	Episiotomie : 3 points.	N.
1163	P. R. : 8 5/10. Bas- sin aplati et gé- néralm ^t rétréci de 8 5/10 de D.U.	I	?	S.I.G.A.	14 h. 30	Abaissement du pied antérieur.	2.950	N.	N. (Né étonné).
1166	P. R. : au bord. Bassin aplati et généralm ^t rétré- ci de 9 5/10 de D.U.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.D.P.	?	Accouchem ^t préma- turé provoqué, 20 j. av. terme. Grande extract. du siège.	2.960	N.	N.
1215	P. R. : 8 5/10.	II	S. complet.	S.I.D.P.	5 h. 30	Extract. simple par abaissem ^t d'un pied	3.080	N.	N.
1253	P. R. : au bord, Tentatives de ver- sion.	I	S. déc. m. des fesses.	S.I.G.A.	19 h. 5	Grande extraction du siège. Hémorragie de la délivrance.	3.100	Déchirure du pé- rinée. Suites de couches sub-fé- briles.	N.

CHAPITRE II

Les déductions statistiques que l'on peut en tirer

De ces différentes observations, nous pouvons tirer les déductions suivantes concernant : l'étiologie, la marche, et le pronostic, tant maternel que foetal de l'accouchement par le siège.

I. — DÉDUCTIONS ÉTIOLOGIQUES.

A. — *Fréquence de l'accouchement par le siège :*

Pendant les années 1929, 1930, 1931, 1932, il a été observé à la clinique obstétricale *152 accouchements par le siège* de foetus uniques et bien conformés, à terme ou au voisinage du terme. Comme il y eut, pendant ce laps de temps, 5.013 accouchements, dont 2.275 chez des primipares et 2.738 chez des multipares, nous arrivons à une proportion de 3,032 accouchements du siège pour 100 accouchements.

Ces 152 accouchements par le siège se répartissent ainsi :

84 chez des primipares, soit avec une fréquence chez elles de 3,69 sièges pour 100 accouchements ;

68 chez des multipares, soit avec une fréquence de 2,4 pour 100.

Si nous envisageons maintenant la fréquence relative des différents modes, nous trouvons que :

a) les 84 accouchements du siège observés chez des primipares se divisent en :

- 15 sièges complets ;
- 58 sièges décomplétés mode des fesses ;
- 1 siège décomplété mode des genoux ;
- 1 siège décomplété mode des pieds.

Dans 9 observations le mode de présentation n'était pas signalé.

De ces chiffres on peut conclure que, chez les primipares, il y a sur 100 sièges : 80 sièges décomplétés ; 20 sièges complets.

b) les 68 accouchements du siège observés chez les multipares se répartissent en :

- 15 sièges complets ;
- 35 sièges décomplétés mode des fesses ;
- 5 sièges décomplétés mode des genoux.

Dans 13 observations le mode de présentation n'est pas précisé.

D'où l'on peut déduire le pourcentage suivant : 27,4 % de sièges complets, 72,6 % de sièges décomplétés.

B. — *Cause de la présentation du siège :*

Celle-ci échappe en général. Cependant, 12 fois la parturiente multigeste avait eu antérieurement des accouchements par le siège, ce qui autorise à envisager l'influence favorisante d'une disposition utérine particulière.

12 fois, nous relevons une cause pelvienne (rétrécissement du bassin plus ou moins accusé).

3 fois, il y avait placenta prævia, se traduisant par des signes cliniques ; enfin, 25 fois, on a noté une rupture des membranes au bord ou près du bord placentaire, ce qui nous permet d'invoquer comme cause de la présentation anormale un placenta prævia anatomique.

II. — MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT.

98 fois, soit dans 64,5 % des cas, l'accouchement fut *spontané* et se fit sans incidents, en tout cas, sans autre intervention qu'un facile Mauriceau.

5 fois, il y eut un accident au cours du travail ; en l'espèce ce fut toujours une *procidence du cordon*. Nous ne retenons pas, en effet, comme accident, la très fréquente rupture précoce des membranes.

Enfin 51 fois, l'accouchement fut *dystocique* et l'on dut intervenir, soit dans 33,5 % des cas.

Ces 51 interventions se répartissent de la façon suivante :

38 concernent des présentations du siège décomplété, soit intervention dans 38 % des cas ;

10 des présentations du siège complet, soit avec un pourcentage d'intervention sensiblement pareil ;

3 des modes de présentation non précisées ;

34 ont été faites chez des primipares ; chez celles-ci l'accouchement du siège est donc opératoire dans 40 % des cas ;

17 chez des multipares, soit avec une fréquence d'intervention de 20 %.

Nous arrivons donc ainsi à un pourcentage d'intervention qui est quelque peu impressionnant. Nous verrons ultérieurement si nos chiffres diffèrent de ceux fournis par d'autres statistiques analogues. Mais, dès maintenant, nous ferons remarquer que :

1° Toutes ces interventions n'ont pas eu comme indication la seule présentation du siège. C'est ainsi que :

2 fois, elles ont été nécessitées par une procidence du cordon ;

2 fois également par une hémorragie de placenta prævia.

2° Nos observations étant recueillies en milieu hospitalier, il est probable qu'un certain nombre de parturiantes ont été envoyées à l'hôpital au cours du travail, justement parce que leur accouchement devenait dystocique, et pour que l'on intervienne.

3° Enfin, toutes ces interventions n'ont pas été une grande extraction du siège.

Un certain nombre (en l'espèce 8 observations) n'a consisté qu'en un « abaissement prophylactique du pied antérieur, le reste de l'expulsion ayant été confié aux seuls effets de la contraction utérine. Cette technique et ses résultats ont du reste été exposés tout au long, dans la thèse récente de Georges (Lyon, 1931-1932).

Un certain nombre également (15 fois) n'ont été nécessités que par une dystocie de la tête dernière.

III. — PRONOSTIC MATERNEL.

Il faut envisager le pronostic immédiat, c'est-à-dire les accidents pouvant survenir du côté de la mère pendant le travail, et le pronostic éloigné, c'est-à-dire les accidents infectieux pouvant s'observer dans les suites de couches.

A) *Accidents maternels de l'accouchement :*

Il n'y eut aucune mort maternelle, et le seul accident noté fut la *déchirure du périnée*. Cet accident fut fréquent : 32 déchirures, dont une seule complète, ce qui fait une fréquence de 26,8 %.

B) *Etat des suites de couches :*

Le plus souvent, elles furent remarquablement simples. Il n'y eut qu'une *infection puerpérale* sérieuse (obs. 322, a. 1932), chez une primipare dont l'accouchement s'était accompagné de thrombus vulvo-vaginal. Huit autres accouchements eurent des suites de couches quelque peu fébriles et peuvent à ce titre faire partie de la *morbidité puerpérale* telle que la définit Fabre (température rectale : trois fois 38°1, ou une fois 38°5).

Nous trouvons donc une morbidité maternelle par infection de 5,9 %.

Toutes les accouchées sont sorties vivantes du service.

IV. — PRONOSTIC FOËTAL.

Comme pronostic foetal, nous notons que 13 enfants sont morts :

12 sont mort-nés, ou n'ont pu être ranimés ;

1 est mort au 3^e jour d'hémorragie méningée.

Nous arrivons ainsi à une *mortalité fœtale* de: 8.5 %.

Toutes ces morts fœtales concernent des enfants nés en siège décomplété : 7 se sont produites chez des primipares, 6 chez des multipares.

Quant au poids des enfants décédés, nous avons cru intéressant de les relever :

2.170 — 2.320 — 2.500 — 2.600 — 2.650 — 2.800
3.020 — 3.070 — 3.400 — 3.320 — 3.920 — 4.100
4.400.

Les 139 autres enfants, soit 91,5 %, sont sortis vivants du service. Mais, sur ces 139 enfants, 25 sont nés en état de mort apparente et 6 ont été traumatisés:

1 a eu une fracture de la diaphyse humérale ;

2 ont présenté une paralysie du plexus brachial ;

3 ont présenté des crises convulsives.

La morbidité fœtale a donc été de 31/152, soit 20,3 %.

Nous pouvons résumer de la façon suivante ces différents chiffres et dresser ainsi notre statistique :

1° FRÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE :

152 accouchements du siège sur 5.013 accouchements, soit avec une fréquence de 3,032 %, se répartissant en :

84 chez des primipares, avec 80 % de sièges décomplétés, 20 % de sièges complets ;

68 chez des multipares, avec 72,8 % de sièges décomplétés, 27,2 % de sièges complets.

2° MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE :

Spontané dans 64,5 % des cas.

Complicé (procidence du cordon) dans 3,2 % des cas.

Opératoire dans 33,5 % des cas.

Le pourcentage d'intervention est sensiblement le même qu'il s'agisse de sièges complets ou de sièges décomplétés, mais la parité le fait grandement varier, exactement du double.

3° PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT :

a) *Pour la mère* : Mortalité nulle. Morbidité faible : infectieuse, de 5,9 % ; traumatique (déchirure du périnée uniquement), de 26,8 %.

b) *Pour l'enfant* : Mortalité, de 8,5 %. Morbidité, de 20,3 %, représentée par l'asphyxie et le traumatisme.

CHAPITRE III

Leur comparaison avec quelques autres statistiques

Avant de tirer de notre statistique quelques enseignements, sur le pronostic et sur la conduite à tenir dans la présentation du siège, il nous a semblé utile de consulter les travaux faits sur le même sujet, par d'autres auteurs, dans d'autres services hospitaliers de France ou de l'Etranger. De nombreuses études ont déjà été faites. Nous n'en avons retenu que quelques-unes ; nous les résumerons brièvement, en conservant seulement les chiffres et les conclusions, qu'il sera aisé de confronter avec les nôtres.

I. — Tout d'abord, une statistique, ancienne déjà, nous a paru intéressante, car elle fut faite à Lyon en 1908, dans ce même service hospitalier de la Charité. Nous l'avons relevée dans une thèse de l'époque (Hauvuy, Lyon, 1908 : « Quelques réflexions sur le pronostic et le traitement de la présentation du siège décomplété mode des fesses, à propos d'une statistique faite à la clinique obstétricale de Lyon, de l'année 1895 à l'année 1908 »).

Nous n'en donnons que ces quelques chiffres, présentés par l'auteur sous forme de tableau récapitulatif :

		Primipares		Multipares	
		p. 100		p. 100	
Nombre d'observations...	120	75	62,5	45	37,5
Accouchements spontanés.	72	46	37,6	26	23,3
Accouchements non spontanés.	48	35	46,6	13	28,8
Durée de la dilatation :					
moyenne		13 h. 25		15 h. 30	
maxima.		47 h.		44 h.	
Durée moyenne de l'expulsion.		1 h. 4'		37'	
Grossesses à terme.....		46	61,3	34	75,5

	Primipares	Multipares	Totaux
Interventions :			
Abaissement prophylactique..	4	3	7
Abaissement curatif	9	5	19
Tractions inguinales	16	4	20
Le siège étant dégagé.....	6	1	7
Morts imputables à la présentation.	6	2	8

Ces chiffres donnent en conclusion : une mortalité maternelle : 0 ; une mortalité fœtale : 5.33 %.

II. — Dans cette deuxième partie, nous groupons trois études faites à la *Clinique Tarnier* :

a) Dans la première, déjà ancienne (Manuel : Accouchement par le siège à la Clinique Tarnier, de 1898 à 1909. *Thèse de Paris, 1910*), nous retenons les chiffres suivants ayant trait à la mortalité fœtale :

Enfants morts pendant le travail.....	22
Enfants morts 24 heures après l'expulsion..	29
Enfants morts 48 heures après l'expulsion..	5

Soit 56 morts sur 664 accouchements par le siège, c'est-à-dire 8,43 %.

b) La deuxième étude s'étend du 23 octobre 1922 au 31 décembre 1925 (*Poulain Yvonne* : Présentation du siège. Etude statistique des trois dernières années à la Clinique Tarnier. *Thèse de Paris*, 1926). Elle porte sur 303 accouchements par le siège : 199 chez des primipares, 104 chez des multipares ; il y eut 123 sièges complets, et 180 sièges décomplétés.

Voici les principaux résultats donnés par l'auteur :

Rupture prématurée des membranes : 162/303. Primipares : 116/199 (siège complet, 55 % ; siège décomplété, 60 %). Multipares : 46/103 (siège complet, 44 % ; siège décomplété, 45 %).

Durée totale du travail : Primipares, moyenne globale, 16 h. 06 ; Multipares, moyenne globale, 11 h. 09.

Dystocie du siège : Pas d'accident tenant au siège arrêté dans excavation ; 12 abaissements prophylactiques du pied (5 suivis de mort du fœtus).

Dystocie des épaules : 1 (relèvement des bras).

Dystocie de la tête dernière : Champetier de Ribes, 13 (7 suivies de mort du fœtus) ; Mauriceau, pratiqué dans tous les cas ; Forceps sur tête dernière (2 suivies de mort du fœtus) ; Craniotomie sur tête dernière, 2.

Grande extraction du siège : 57 (17 suivies de mort du fœtus ; 43 chez primipares, 14 chez multipares).

Procidence du cordon : 13 (5 fœtus morts).

Déchirures du périnée : 65 (episiotomies, 26 ; déchirures complètes, 3).

Traumatismes déterminés chez le fœtus par l'extraction : 1 fracture clavicule gauche ; 1 paralysie radiculaire ; 1 fracture de l'humérus ; 1 hémorragie méningée.

Mortalité fœtale : 11 % (primipares : $25/199 = 12,5$ % ; multipares : $10/104 = 9,6$ %).

c) La troisième statistique (*Vaudescal* : Pronostic de l'accouchement par le siège. Leçon Clinique Tarnier. Année 1930) s'étend sur une période de trois ans, de 1925 à 1928. Elle porte sur 376 sièges :

230 chez primipares avec : siège complet dans 31 % des cas, siège décomplété dans 68 % des cas ;

146 chez multipares avec : siège complet dans 44 % des cas, siège décomplété dans 55 % des cas.

Mortalité maternelle : 1 infection puerpérale.

Morbidité : 27 % des cas.

Mortalité infantile : immédiate, 35 enfants, soit 10 % ; pendant le séjour à l'hôpital, 14.

D'où total de 49 enhants avec mortalité de 12,75 %.

III. — Statistique du Service du Docteur Le Lorier (*Petrone* : Résultats de la version par manœuvres externes comme traitement prophylactique de la présentation du siège. *Gynécologie et Obstétrique*, avril 1929). Cette étude faite à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (années 1926, 1927 et 1928), montre que sur 7.388 accouchements, il y eut 185 sièges (y compris accouchements par le siège avant terme et gemellaires), c'est-à-dire $1/40$ accouchements, ou 106, c'est-à-dire $1/70$, si l'on ne compte que les accouchements à terme.

La statistique porte sur 154 cas (tous les accouchements de fœtus d'au moins 7 mois 1/2 de vie intra-utérine) : primipares : 98, soit 65 % ; multipares : 56, soit 36 %.

Accouchements normaux et spontanés : 93, soit 60 %.

Accouchements pénibles, de longue durée, nécessitant ou non l'extraction : 60, soit 40 % (une fois a été pratiquée une césarienne vaginale ; une fois la femme a succombé à des crises éclamptiques).

Sièges complets : 48.

Sièges décomplétés, mode des fesses : 94.

Mortalité fœtale : Enfants sortis vivants du service, 122. Enfants morts, 33, ou 19 si l'on retrace les fœtus dont la mort avait été constatée avant le début du travail et les fœtus non viables ; ce qui fait une mortalité de 12 %.

44 enfants ont dû être ranimés à la naissance.

Dans 40 % des cas environ, il y eut des lésions périnéales.

IV. — Il nous a semblé intéressant de terminer ce chapitre sur une statistique faite à l'étranger, au Rigshospital (*H. Friis Resmussen* : Recherches sur l'accouchement dans la présentation du siège. *Archives d'Obstétrique et de Gynécologie Scandinaves*, 1926 ; *Gynécologie et Obstétrique*, 1928, I, p. 329). Cette étude s'étend sur une période de dix ans, de 1910 à 1921, et porte sur 465 accouchements par le siège. L'auteur insiste d'abord sur l'importance, au point de vue du pronostic dans ce mode de présentation, du travail prolongé et de la rupture prématurée des

membranes. Il fait remarquer en outre que la morbidité puerpérale est plus grande que la morbidité habituelle des autres parturitions pendant les années étudiées. D'autre part, dans 57 % des cas, il y eut déchirure du périnée (73 fois sur 100, il a fallu suturer chez les primipares). La mortalité foetale est de 8,2 % (8,8 % chez les primipares ; 6,7 % chez les multipares). 11 % des enfants sont nés en état d'asphyxie. L'auteur conclut en montrant que le pronostic est plus mauvais pour primipares âgées ; en ce qui concerne l'enfant, plus mauvais pour prématurés que pour enfants à terme.

En résumé, si de ces différentes statistiques nous gardons seulement les chiffres donnant le taux de mortalité foetale, nous trouvons :

Lyon : Service de la Charité, 1895 à 1908 : 5,33 %.

Paris : Clinique Tarnier, : 1898 à 1909, 8,43 % ; 1922 à 1925, 11 % ; 1925 à 1928, 12,75 %.

Maternité de l'Hôpital Boucicaut, 1926 à 1928 : 12 %.

Suède : Rigshospitalet, 1910 à 1921 : 8,2 %.

Nous rappelons le chiffre trouvé par nous, 8,5 %, chiffre très comparable, comme nous le voyons, à ceux trouvés par les autres auteurs.

CHAPITRE IV

Remarques sur le pronostic et la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège

Dans ce quatrième et dernier chapitre, nous voudrions exposer les quelques réflexions que nous suggèrent sur le pronostic de l'accouchement par le siège, l'étude et la confrontation de notre statistique, ainsi que les déductions pratiques qui nous semblent pouvoir en être tirées.

I. — *En ce qui concerne le pronostic maternel*, l'accouchement par le siège ne présente pas une gravité beaucoup plus marquée que les autres présentations. Malgré la prolongation du travail que fréquemment pareille présentation entraîne, et malgré la multiplication des touchers qui en est la conséquence, la morbidité maternelle par infection reste, dans notre statistique, très faible. Elle nous paraît guère différente de ce qu'elle est à la suite d'une présentation plus eutocique. Le seul point à noter (il est d'ailleurs des plus classiques) est le danger plus grand que la présentation du siège fait courir aux parties molles maternelles.

En ce qui concerne le pronostic foetal, tout le monde est d'accord pour reconnaître que la présentation du siège fait courir au fœtus un risque plus considérable (Bumm dit 5 fois plus) que la présentation du sommet : risque de mort pendant le travail, risque de lésions traumatiques pouvant avoir de plus ou moins fâcheuses conséquences. Les raisons de ce pronostic sévère sont bien connues, nous n'y reviendrons pas. Nous voudrions seulement rechercher, à l'aide des faits par nous observés, quels sont les facteurs qui peuvent faire varier dans un sens ou dans l'autre ce pronostic :

1. — Le mode décomplété de la présentation constitue un facteur d'aggravation que notre statistique ne fait que confirmer. Tous les cas de morts fœtales par nous observés se sont en effet produits avec un pareil mode. Nous ferons remarquer à ce propos que celui-ci est de beaucoup le plus fréquent, même chez la multipare.

2. — La primiparité a également une influence fâcheuse sur le pronostic. Toutes les statistiques en font foi ; la nôtre n'échappe pas à cette règle.

3. — Il est classique de considérer que plus le fœtus est volumineux, plus les dangers que lui font courir son expulsion par le siège augmentent, et c'est logique. Aussi n'est-ce pas sans surprise que sur les 13 morts fœtales que nous avons à déplorer, nous relevons seulement 3 gros enfants (3.920 gr., 4.100 gr., 4.400 gr.), les autres étant constituées par 5 enfants de poids normal (2.800 gr., 3.020 gr., 3.070 gr.,

3.400 gr., 3.420 gr.) et par 5 enfants de poids nettement inférieur (2.170 gr., 2.320 gr., 2.500 gr., 2.600 gr., 2.690 gr.). De là doit-on conclure à l'influence nulle du poids foetal en l'occurrence ? ce n'est guère défendable. Mais ne peut-on concilier les choses, en estimant que les risques plus considérables que fait courir à un gros enfant son extraction par le siège peuvent être, en une certaine mesure, compensés par sa résistance plus grande à l'asphyxie et aux traumatismes, auxquels un plus petit succombera ?

4. — Enfin il est un facteur de pronostic sur lequel nous voudrions insister en terminant. Si notre statistique comporte un pronostic foetal qui n'est pas trop mauvais, s'il en est de même des statistiques récentes que nous avons citées, c'est que les unes et les autres sont des statistiques hospitalières. Il est certain que le milieu dans lequel la parturiente est surveillée intervient grandement en ce qui concerne le pronostic de son accouchement. « Il faut bien reconnaître, dit Vaudescal, que les conditions dans lesquelles on pratique les accouchements dans une clinique, les possibilités que l'on y a de surveiller à tout moment la femme en travail, et, pourquoi ne pas le dire, l'habileté des spécialistes qui sont appelés à intervenir, font des chiffres recueillis, des chiffres optima. Il est probable que les statistiques des médecins praticiens, si habiles qu'ils soient également, ne seraient pas aussi favorables en raison des mauvaises conditions où ils se trouvent souvent : malades éloignées, non surveillées, interventions pratiquées sans aide et dans de mauvaises conditions matérielles. »

II. — De l'étude de notre statistique, des réflexions qui précèdent, quelles déductions pratiques peut-on tirer ?

1. — Le pronostic foetal de la présentation du siège est suffisamment sévère pour que paraissent pouvoir être édictées les règles de conduite suivantes :

Tout diagnostic de présentation du siège fait pendant le dernier mois de la gestation comporte une sanction thérapeutique immédiate : c'est après un examen soigneux, destiné à rechercher la cause de cette présentation anormale, une tentative sérieuse de version par manœuvres externes ; en cas d'insuccès ou de non maintien de la réduction, le praticien doit engager fortement sa malade à accoucher dans un milieu obstétrical (maternité hospitalière ou clinique spécialisée). Enfin il sera toujours de bonne pratique de prévenir l'entourage des dangers que pareille présentation peut faire courir à l'enfant.

2. — Mais ce pronostic est-il si redoutable que la présentation du siège puisse constituer une indication à l'hystérectomie ? Les avis sont partagés : la plupart des accoucheurs n'admettent la légitimité d'une césarienne dans la présentation du siège que lorsque celle-ci coexiste avec une autre cause de dystocie : bassin rétréci, tumeur ou placenta prævia. D'autres cependant, avec Brindeau, vont plus loin : une présentation du siège décomplété surtout, avec un enfant volumineux, chez une primipare âgée, à parties molles résistantes, exprimant le désir d'avoir un enfant vivant, sont des circonstances suffisantes pour envisager la voie haute.

Notre statistique personnelle ne comporte qu'une observation d'hystérectomie basse pour pareille indication et encore il s'agit d'une dystocie associée. Voici du reste cette observation :

« 1932. Obs. n° 932. III pare, 33 ans, deux premiers accouchements spontanés à terme.

« Grossesse actuelle : Six jours avant la date présumée de l'accouchement, première hémorragie qui nécessite un tamponnement. Le lendemain, deuxième tamponnement. La malade ne perd pas, le toucher montre un col dilaté à 4 cm., à travers lequel on ne sent que du placenta. Présentation du siège mobile au D. S.

« Décision thérapeutique : Deux jours après, la malade n'a pas perdu depuis l'enlèvement du tamponnement, le col reste dilaté à 5 cm. L'exploration montre qu'il s'agit d'un placenta prævia central. La malade étant à terme, la température étant normale et le segment inférieur très épais, on décide d'intervenir par une césarienne basse.

« Extraction facile d'un enfant vivant de 3.350/510 grammes. Suites de couches simples. »

Les cas analogues récemment publiés (Antfage, *Réunion Obstétricale de Lille*, 25 nov. 1931 ; *Bulletin* 1932, p. 197. — Laffont et Fulconis, *Société d'Obst. et de Gynéc. d'Alger*, 11 fév. 1933 ; *Bulletin* 1933, p. 492) ne concernent également que des présentations du siège dans des bassins rétrécis. Nous conclue-

rons donc que la présentation du siège ne saurait à elle seule et sans facteur aggravant (c'est-à-dire : bassin rétréci, tumeur ou placenta prævia, à la rigueur très gros enfant, déjà indications possibles par eux-mêmes) être une indication à césarienne.

Conclusions

I. — Nous avons réuni tous les accouchements par le siège qui se sont produits pendant les quatre années 1929, 30, 31, 32 à la Clinique obstétricale de la Faculté de Lyon.

Nous avons pu ainsi étudier 152 observations (soit une fréquence de 3.032 %), se répartissant :

en 84 cas chez des primipares, avec 80 % de sièges décomplétés et 20 % de sièges complets ;

et 68 cas chez des multipares, avec 72,8 % de sièges décomplétés et 27,2 % de sièges complets.

L'accouchement a été spontané et s'est effectué sans incident dans 64,5 % des observations. Il a été compliqué (procidence du cordon) dans 3,2 % des cas et enfin il a donné lieu à intervention dans 33,5 % des cas.

II. — Envisagé surtout dans le sens pronostic de l'accouchement, notre statistique comporte :

une mortalité maternelle nulle ;

une morbidité maternelle faible : infectieuse, de 5,9 % ; traumatique (déchirure du périnée), de 26,8 % ;

une mortalité fœtale de 8,5 % ;

une morbidité fœtale (enfants nés en état de mort apparente ou traumatisés, mais sortis vivants du service) de 20,3 %. Elle est donc plutôt favorable.

III. — Elle ne fait que confirmer les notions classiques en ce qui concerne le risque assez considérable que fait courir au fœtus la présentation du siège, ris-

que plus grand chez la primipare que chez la multipare, plus grand également en cas de siège décomplété qu'en cas de siège complet.

Mais elle s'écarte quelque peu des données classiques en ce qui concerne l'influence du poids fœtal. Celui-ci, du moins dans les faits par nous observés, ne paraît pas faire varier grandement le pronostic de l'accouchement.

IV. — De l'étude de notre statistique, nous croyons pouvoir tirer les déductions pratiques suivantes :

1° Les risques que la présentation du siège fait courir au fœtus sont suffisants pour que :

l'accoucheur tente d'une façon absolue la version par manœuvres externes, en face de tout siège diagnostiqué pendant le dernier mois de la gestation ;

qu'il engage sa malade à accoucher en milieu obstétrical, surtout s'il s'agit d'une primipare ;

qu'il fasse toutes les réserves qu'il jugera nécessaires sur le pronostic fœtal de l'accouchement.

2° Mais ces risques ne nous semblent pas si considérables que la présentation du siège puisse constituer à elle seule et sans facteur aggravant (tel que bassin rétréci, tumeur ou placenta prævia), une indication à accouchement par voie haute.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 25 Octobre 1933.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

Bibliographie

- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *La Pratique de l'art des accouchements*, t. I, p. 363 ; *Nouveau Traité*, t. I, p. 428.
- BLOC. — Etude statistique sur la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *L'Obstétrique*, Paris, 1897, n° 4, p. 432 ; *Thèse*, de Paris, 96-97.
- BOSSONNET (Georges). — Abaissement des bras par tractions sur le tronc. *Thèse*, de Lyon, 1929-30.
- BUDIN. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Journal des Sages Femmes*, 1900 ; *Cliniques Obstétricales*.
- BUDIN et DÉMELIN. — *Manuel pratique d'accouchement*.
- DÉMELIN et DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur*.
- DUBOIS (Paul). — *Traité complet d'accouchements. Mémoire de l'Académie de Médecine*, Paris, 1833.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*, 1910.
- FRIIS RESMUSSEU (H.). — Recherches sur l'accouchement dans la présentation du siège. *Acta Obst. et Gyn. Scandinava*, 1926 ; *Gynécologie et Obstétrique*, 1928, I, p. 329.
- GATEAUX. — Présentation du siège à la Clinique Obstétricale de Strasbourg (1919-1928). *La Gynécologie*, 1929 ; *Gynéc. et Obst.*, 1931, I, 253.
- HAUVUY. — Quelques réflexions sur le pronostic et le traitement de la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse*, de Lyon, 1908.
- GOURRY (Nicolas). — Applications du forceps sur le siège et la tête dernière. *Thèse*, de Lyon, 1930-31.

- GEORGES (Edmond). — L'abaissement prophylactique du pied antérieur dans les présentations du siège. Indications et résultats. *Thèse*, de Lyon, 1931.
- KERNER. — Principales causes de dystocie dans la présentation du siège dans les douze dernières années à la Clinique Tarnier. *Thèse*, de Paris, 1919-1920.
- LACHAPELLE (Mine). — *Pratique des accouchements*, t. II, p. 67 et suivantes.
- MANUEL. — Accouchements par le siège, de la Clinique Tarnier. *Thèse*, de Paris, 1910.
- MINON. — Pronostic comparé des variétés complète et décomplétée, mode des fesses, dans la présentation du siège. *Thèse*, de Paris, 1913-1914.
- PÉTRONE. — Statistique de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut. *Gynéco. et Obst.*, avril 1929, p. 321.
- POULAIN (Yvonne). — Présentation du siège. Etude statistique des trois dernières années à la Clinique Tarnier. *Thèse*, de Paris, 1926.
- PORAK. — Statistique à propos de la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1887.
- SIMON. — Contribution à l'étude clinique de la présentation du siège. *Thèse*, de Paris, 1919-1920.
- SMELLIE. — *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*. Trad. française, 1754.
- VANDESCAL. — Pronostic de l'accouchement par le siège. *Leçons Clinique Tarnier*, année 1930, p. 179.
- WESTMANN (A.). — Présentation du siège à la Clinique de 1931. Analysé dans *Gynéc. et Obst.*, 1932, II, p. 177.
- Stockolm (1916-1930). *Acta Obst. et Gyn. Scandinava*,

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Les faits observés.	11
CHAPITRE II. — Les déductions statistiques que l'on peut en tirer.	29
CHAPITRE III. — Leur comparaison avec quelques autres statistiques.	37
CHAPITRE IV. — Remarques sur le pronostic et la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège.	43
CONCLUSIONS.	49
BIBLIOGRAPHIE.	51



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

“ “ IMPRIMEURS-ÉDITEURS “ “

“ 42, QUAI GAILLETON, 42 “

“ “ “ “ LYON “ “ “ “



